

# FY 2008-2009 SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS UNA APLICACIÓN POR CADA CASA

**SI CARTA DE CERTIFICACION DIRECTA (ESTAMPILLAS, TAFI O FDPPIR) ES UTILIZADA – NO RELLENE ESTA FORMA**

Para solicitar comidas gratis y a precios reducidos, llene esta solicitud, fírmela y envíela a la escuela. Favor de llamar al siguiente numero si necesita ayuda:

<b>1 INFORMACION SOBRE EL ALUMNO – Por favor imprima.</b>			<b>2</b> Escriba el número de CUPONES DE LIMENTOS o de caso de TAFI de cada niño, si corresponde. No Haga Parte 3 y 4, y complete Parte 5. Numeros de tarjetas de EBT o QUEST no son permitidas.		
NOMBRE	GRADO	NOMBRE DE ESCUELA	NUMERO # ESTAMPILLA SI APLICABLE	NUMERO # TAFI/FDPIR SI APLICABLE	
1 _____	_____	_____	_____	_____	
2 _____	_____	_____	_____	_____	
3 _____	_____	_____	_____	_____	
4 _____	_____	_____	_____	_____	
5 _____	_____	_____	_____	_____	
6 _____	_____	_____	_____	_____	
<b>3 HIJO DE CRIANZA:</b> <input type="checkbox"/> Marque la caja si aplica para un hijo de crianza. Complete una hoja separada por cada hijo de crianza. Enumere los ingresos mensuales personales del niño. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos para uso personal. \$ _____ No haga parte 4 y complete Parte 5. Un numero de seguridad social no es requerido para padres de crianza.					
<b>4 MIEMBROS DE CASA Y SUELDOS:</b> Escriba a todos los miembros no escritos arriba. Si usted escribio un numero de estampillas, TAFI o FDPPIR para cada niño, vaya directamente a parte 5.					
Escriba los nombres de todos los miembros familiares en su casa y el sueldo que reciben excepto los niños escritos arriba (excepto si tienen sueldo). Si un miembro en casa no tiene sueldo, necesita marcar la caja que indica "No Sueldo."		<b>SUELDO DE TRABAJO ANTES DE DEDUCCIONES</b> Cuantos? Cuando?		Welfare, Ayuda de Niño, Pension alimenticia Cuantos? Cuando?	
<b>NO SUELDO</b>					
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
<b>5 FIRMA Y NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> Certifico que la información precedente es cierta y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que el propósito de esta información es la adjudicación de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información incluida en esta solicitud; y que como consecuencia de alguna declaración errónea o falsa de la información puedo ser objeto de una acción judicial de acuerdo con las leyes Federales y Estatales correspondientes.					
<input type="checkbox"/> <b>MARQUE AQUÍ:</b> Si los niños enumerados en la aplicación son nuevos en esta escuela o no recibieron comidas Gratis o reducidas de precio el año pasado.					
<b>NUMERO SEGURIDAD SOCIAL</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
<input checked="" type="checkbox"/> Firma de un integrante adulto de la familiar			_____ Yo no tengo numero de Seguridad Social		
Imprimir el nombre de la firma de arriba			N°. Telefono de casa    N°. Telefono trabajo		
N°. Calle/Apartamento			P. O. Box No.		
Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha Firma		
<b>6 Identidad étnica y racial de los niños (opcional)</b> Marque una o más de las identidades raciales:					
<input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> DE RAZA NEGRA O AFRO-AMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> HAWAIANO O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> OTRO					
Marque una identidad étnica: <input type="checkbox"/> HISPANO LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO NI LATINO					
<b>DECLARACION DE LEY DE DERECHO A LA PRIVACIDAD:</b> Esto explica como usaremos la información que usted ha dado. La Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares establece que, a menos que suministre un numero de cupones de alimentos o de caso de TAFI o FDPPIR para su hijo usted debe indicar el numero de seguridad social del integrante adulto del grupo familiar que firme la solicitud, o bien, indicar que dicha persona no cuenta con un numero de seguridad social. La provisión de un número de seguridad social no es obligatoria. Pero si no se proporciona un número de seguridad social o no se indica que el signatario no tiene tal número, no se podrá aprobar la solicitud. Se puede utilizar el numero de seguridad social para identificar al integrante del grupo familiar cuando se gestione la verificación de la información que conste en la solicitud. Estos tramites de verificación podrán llevarse a cabo a través de revisiones de programas auditorias o investigaciones y pueden consistir en llamadas a los empleadores para determinar los ingresos, a las oficinas de cupones de alimentos o asistencia social para comprobar la validez de la certificación para recibir cupones de alimentos o beneficios de TAFI, o FDPPIR a la oficina estatal de seguridad de empleo para determinar el importe de los beneficios recibidos y verificar la documentación entregada por los integrantes del grupo familiar como prueba de los ingresos recibidos. Estos tramites pueden ocasionar la pérdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se proporciona información falsa.					
<b>NO ESCRIBA EN ESTA PARTE DE ABAJO / DO NOT WRITE IN BOX BELOW - FOR SCHOOL USE ONLY / USO ESCOLAR UNICAMENTE</b>					
ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly X 52; Every 2 Weeks X 26; Twice a Month X 24; Monthly x 12				<b>DENIED:</b> <input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing <input type="checkbox"/> Other	
<input type="checkbox"/> FOOD STAMP/TAFI/FDPIR HOUSEHOLD <input type="checkbox"/> INCOME HOUSEHOLD: Total household monthly income: \$ _____ How often _____ Household size: _____					
<b>TEMPORARY APPROVAL FOR:</b> <input type="checkbox"/> Free Meals, expires _____ <input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals, expires _____		<b>APPLICATION APPROVED FOR:</b> <input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL DATE		<b>VERIFICATION RESULTS:</b> <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Ineligible (Reason) _____ Signature of confirming Official: _____	
Signature of Determining Official: <input checked="" type="checkbox"/>			Signature of Verifying Official: <input checked="" type="checkbox"/>		Date
Date Signed:	Date Notice Sent:	Date 1st Notification Sent:	Date 2 <sup>nd</sup> Notification Sent:		